

Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Emma Spak

Socialdepartementet
10333 STOCKHOLM

God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har beretts möjlighet att yttra sig över betänkandet God och nära vård - En primärvårdsreform SOU 2018:39. Förbundet har valt att i första hand kommentera de delar av betänkandet som innebär viktigare författningsändringar eller på annat sätt bedöms av mer strategiskt intresse för SKL:s medlemmar.

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting

- delar utredningens övergripande problembeskrivning och den inriktningsbeskrivning för omställningen till god och nära vård som ges. Denna förändring bedöms som helt nödvändig för att hälso- och sjukvårdens utmaningar ska kunna hanteras och för att en fortsatt utveckling med ökad kvalitet ska kunna säkerställas.
- delar uppfattningen att det behövs en långsiktig strategi och målbild som delas av landsting, kommun och stat för att möjliggöra en hållbar utveckling av en god och nära vård. SKL förordar att vidareutvecklingen av målbilden och uppföljning av omställningen bedrivs i nära samverkan mellan stat, kommuner och landsting genom ett gemensamt strategiskt arbete. Detta strategiska arbete bör påbörjas omgående för att stödja omställningen på bästa möjliga sätt.
- anser att ett övergripande nationellt primärvårdsuppdrag ska regleras i lag, förslaget att reglera uppdraget i förordning avstyrks av SKL.
- tillstyrker förslaget om fast läkarkontakt i primärvården för att tydliggöra landstingens befintliga ansvar för kontinuitet. SKL anser dock att utvecklingen av den fasta läkarkontaktens roll och förutsättningarna för listningstak bör hanteras inom landstingen och inte regleras på nationell nivå. Samt att det samlade vårdteamets roll för att säkerställa en god och nära vård tydligare måste klargöras.
- delar utredningens bild att omställningen till nära vård ställer stora krav på kompetensförsörjningen, SKL avstyrker dock förslaget att staten specifikt ska finansiera 1250 nya ST-läkartjänster. Ett mer generellt stöd till kompetensförsörjning och utveckling av utbildningsmiljöerna inom den nära vården vore lämpligare.
- anser inte att utredningen lever upp till de krav som ställs i kommittéförordningen på kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar avseende utredningens specifika förslag. Finansieringsprincipens tillämplighet går därför inte att avgöra.
- menar att stora delar av de åtgärder som krävs för den förflyttning utredningen ska stödja inte låter sig regleras i lagstiftning, förordning eller föreskrift utan snarare handlar om förändring av kultur och arbetssätt. Det finns därför en risk att utredningen ges sken av att kunna reglera fram en större del av av denna förflyttning än vad som de facto är rimligt.

Generella kommentarer

- SKL delar utredningens övergripande problembeskrivning och den inriktningsbeskrivning för omställningen till god och nära vård som ges. Denna förändring bedöms som helt nödvändig för att hälso- och sjukvårdens och omsorgens utmaningar ska kunna hanteras och en fortsatt utveckling med ökad kvalitet säkerställas.
- SKL delar uppfattningen att det behövs en långsiktig strategi och målbild för omställningen till god och nära vård. SKL förordar att vidareutvecklingen av målbilden och uppföljning av omställningen bedrivs i nära samverkan mellan stat, landsting och kommun genom ett gemensamt strategiskt arbete. Detta strategiska arbete bör påbörjas omgående för att stödja omställningen på bästa möjliga sätt.
- SKL välkomnar att utredningen i sitt andra delbetänkande tydliggör att det är patienters och brukares behov som är utgångspunkten för omställningen till nära vård och att ett personcentrerat arbetssätt och patientens medskapande betonas. Den personcentrerade ansatsen i utredningen kan bara realiseras genom SKL:s medlemmars utvecklingsarbete.
- SKL betraktar nära vård som ett förhållningssätt som syftar till en sömlös vård utgående från patientens/brukarens behov och förutsättningar, något som påverkar så väl geografisk närhet som tillgänglighet och relationell närhet. Nära vård förutsätter en nära samverkan mellan flera aktörer. Att samverkan mellan kommun och landsting hanteras i kommande delbetänkande och slutbetänkandet gör det dessvärre svårt att bedöma befintliga förslag som del i en större helhet. Speciellt avseende samverkan mellan kommun och landsting.
- I delbetänkandet framhålls att kommuner och landsting båda är utförare av primärvård och såväl socialtjänst som kommunal hälso- och sjukvård benämns återkommande. Distinktionen mellan primärvård i gemen och vårdval primärvård är dock något otydlig vilket riskerar att leda till missförstånd.
- SKL ställer sig bakom utredningens tydliga förespråkande av interprofessionella arbetssätt som beskrivs i flera goda exempel och framför allt i bilaga 3. De goda exemplen och bilagan synliggör dock en av utredningens stora utmaningar. Stora delar av de åtgärder som krävs för den förflyttning utredningen ska stödja låter sig inte regleras fram i lagstiftning, förordning eller föreskrift. Det finns en risk att utredningen genom framtidsbeskrivningar och exempel ger sken av att kunna reglera fram mer av denna förflyttning än vad som de facto är rimligt att tro.
- SKL anser att utredningen i sitt kommande arbete bör genomlysna begreppen egenvård, hemsjukvård samt primärvårdsnivå med större juridisk noggrannhet då dessa begrepp och eventuella kommande förslag som rör dessa områden har stora konsekvenser bland annat avseende hälso- och sjukvårdsansvar för personer som beviljats insatser enligt 9 Kap 2 § LSS och dessas anhöriga som ofta är delaktiga i patientens/brukarens vård.
- SKL vill understryka att förmågan att nyttja digitaliseringens möjligheter inom landsting och kommuner kommer att spela stor roll för utvecklingen av nära vård.

Vision e-hälsa 2025 nämns i utredningens färdplan men de strategiska utvecklingsområdena digitalisering och nära vård bör knytas ännu närmare varandra.

Utredningens förslag: Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård

Förbundets ståndpunkt

SKL ser positivt på utredningens utveckling av målbilden där patientperspektivet synliggjorts ytterligare jämfört med det första delbetänkandet. SKL anser dock allt jämt att organisationsperspektivet har en allt för framskjuten plats i målbilden och att patienten/brukaren benämns som en passiv mottagare snarare än en aktiv partner. SKL har valt att beskriva målbilden för god och nära vård enligt nedan och menar att arbetet med såväl geografisk närhet som tillgänglighet och relationell närhet ska ske med ett tydligt avstamp i denna målbild

- En god och nära vård utgår från individuella förutsättningar och behov.
- En god och nära vård bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- En god och nära vård bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Den beskrivna färdplanens tydliga markering att omställningsarbetet kräver långsiktighet och samverkan är en bild SKL delar och anser viktig att förmedla. Utredningen synliggör också digitaliseringens roll och understryker att realiseringen av Vision e-hälsa 2025 är en viktig del av omställningen till god och nära vård.

SKL vill understryka att det krävs en närmare samverkan mellan stat, landsting och kommuner avseende så väl utvecklingen av målbilden och som uppföljningen av omställningen till nära vård än den som föreslås av utredningen i form av nationella samråd och traditionella överenskommelser. SKL menar att omställningen till nära vård är ett område som skulle lämpa sig väl för en mer långsiktig gemensam nationell strategi i likhet med Vision e-hälsa 2025.

Utredningen har aviserat avsikten att fortsätta utveckla och uppdatera färdplan och målbild under hela utredningsarbetet. Då utredningstiden förlängts innebär detta att målbild och färdplan först 2020 kan tas över av staten, landstingen och kommunerna i samverkan. SKL anser att utvecklingen av en nationell strategi och en fördjupad samverkan mellan staten, landstingen och kommunerna inom nära vård området är så pass avgörande för utvecklingen framåt att den inte kan vänta – detta arbete bör därför initieras redan nu. Målbilden bör sålunda fortsatt utvecklas inom ramen för ett sådant strategiskt arbete.

Utredningens förslag: Uppföljning av målbild – nationella samråd och fyra storheter

Förbundets ställningstagande

Uppföljningen av utvecklingen av den nära vården måste ske på såväl makro- som meso- och mikro-nivå. SKL instämmer i utredningens resonemang att indikatorer behöver tas fram för flera aspekter av omställningen där såväl patient/brukar-perspektiv som medarbetarperspektiv inkluderas. SKL har initierat ett arbete för att stödja medlemmarna i utvecklingen av indikatorer och mått för uppföljning av den pågående omställningen ur ett lokalt och regionalt perspektiv. För att säkerställa att uppföljningen blir så ändamålsenlig som möjligt på alla nivåer i det fortsatta omställningsarbetet bör den utformas i nära samverkan mellan stat, kommuner och landsting och tydligt kopplas till den gemensamma målbilden företrädesvis inom ramen för det nationella strategiska arbete SKL förespråkar.

Avseende de fyra storheterna utredningen nu föreslår för nationell uppföljning anser SKL att ett gemensamt strategiskt arbete bör genomföras innan indikatorer slås fast. SKL anser till exempel att storheten som föreslås spegla medarbetarperspektivet, andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis, blir för smal för att kunna spegla medarbetarperspektivet i omställningen.

Utredningens förslag: Överföring av resurser till primärvården

Förbundets ställningstagande

SKL bejakar utredningens konstaterande att omställningen kommer att innebära kostnadsökningar - ett tillskott av statliga medel för att täcka dessa omställningskostnader behövs, precis som utredningen beskriver, för att utan fördröjning möjliggöra omställningen till nära vård i hela landet. Utredningen pekar på möjligheten att hantera omställningskostnader genom en riktad satsning på primärvården i form av en bredare överenskommelse mellan staten och SKL/ huvudmännen. SKL ser detta som en möjlighet men vill understryka att överenskommelser på nära vård området måste inkludera kommunerna inte enkom omfatta landstingen om omställningen ska kunna genomföras fullt ut och inkludera hemsjukvård, egenvård, där också anhöriga blir viktiga aktörer, så väl som socialtjänst och på allvar nå ända ut i hemmen. En överenskommelse avseende omställning till nära vård behöver ha en tydlig koppling till det gemensamma strategiska arbete mellan staten, landstingen och kommunerna som SKL förordar. En överenskommelse på detta område bör undvika detaljerade villkor, nyttjandet av resurserna måste kunna anpassas efter de lokala/regionala behoven i syfte att uppnå de gemensamma målen.

I den omställda hälso- sjukvården och omsorgen kommer en överföring av resurser till primärvården, så väl kommunal som landstings initierad, från övriga delar av hälso- och sjukvården sannolikt att behövas. En sådan reallokering av resurser är dock svår att genomföra i praktiken, den kräver tydlig styrning i landstingen, tydliga prioriteringar samt förankring och medverkan inte minst från sjukvårdens personal. Förberedelser för en framtida omfördelning av resurser bör ske redan i inledningen av omställningen.

Utredningens förslag: Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Förbundets ställningstagande

SKL tillstyrker förslaget att Socialstyrelsen ska beredas möjlighet att utöka Patientregistret till att omfatta uppgifter från den av landstingen uppdragna primärvården. När det gäller insamling av statistik från den primärvård som utförs som kommunal hälso- och sjukvård utökar Socialstyrelsen sin insamling av individbaserade uppgifter 1 januari 2019. Då omfattar den också kontaktorsak, legitimerad yrkesgrupp samt åtgärd. Det bör finnas en kongruens avseende den data som samlas in så att analyser kan spänna över primärvård inom kommun så väl som landsting.

Socialstyrelsen föreslagna datainsamling bör inte begränsa möjligheten till annan uppföljning av primärvården inom ramen för t.ex. kvalitetsregister som kan vara till gagn för utvecklingen av den nära vården.

En möjlighet för huvudmännen att få bygga upp uppföljningsdatabaser över vårdgivargränser skulle ytterligare förbättra möjligheten till sammanhängande uppföljning av långvariga komplexa vårdförlopp med många inblandade vårdgivare och är därför något SKL förespråkar. Att endast genomföra uppföljning av enskilda vårdinsatser i stuprör försvårar utvecklingen av den nära vården och gör relevant analys och utveckling svårare.

Förslaget innebär en ny rapporteringsskyldighet för landstingen avseende vissa uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas, väntetidsdatabasen. SKL ställer sig frågande till huruvida det är möjligt att lagstifta om att uppgifter från landstingen ska lämnas till SKL.

Avseende samtlig uppföljning av primärvård krävs uppgifter från privata utförare inom såväl vårdval som upphandlade enheter för att uppgifterna ska bli heltäckande och vara användbara på bästa möjliga sätt.

Utredningens förslag: Definitionen av primärvård behöver moderniseras, ny lydelse i hälso- och sjukvårdslagen.

Förbundets ställningstagande

SKL välkomnar en definition som i större utsträckning tydliggör att primärvården som helhet är basen i hälso- och sjukvården. Definitionen av termen primärvård och författningskommentaren tar dock, enligt SKL:s uppfattning, inte riktigt höjd för att kommunal hälso- och sjukvård också är primärvård. Eftersom kommunal hälso- och sjukvård är avgränsad till vård som får ges till bestämda grupper stämmer inte definitionens första mening där det anges att primärvård är öppenvård utan avgränsningar när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. SKL bedömer att definitionen inte fungerar om syftet är att beskriva alla verksamheter inom primärvården, då det förutom de kommunala verksamheterna med lagstadgade begränsningar, finns en mängd verksamheter inom primärvård som endast möter kraven i den andra meningen. Detta kan till exempel gälla psykiatriska mottagningar för unga vuxna eller hembesöksteam för äldre. Den första

meningen fungerar enkom om definitionen beskriver hela primärvården övergripande och om det är så den ska läsas bör detta tydliggöras i författningskommentaren.

Enligt författningskommentaren ska begreppet grundläggande tas bort ur lagtexten. Då den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är just grundläggande vård försvinner kopplingen till det kommunala ansvaret om begreppet tas bort. Det är SKL:s tolkning att utredningen, precis som SKL, vill inkludera kommunal hälso- och sjukvård i primärvården. En väg att gå skulle kunna vara att även här tydliggöra att olika aktörer har olika roller inom den helhet som utgör primärvården och att denna gränsdragning då får definieras på annat sätt än genom den övergripande definitionen i Hälso- och sjukvårdslagen.

Utredningens förslag: Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas och regleras i förordning

Förbundets ställningstagande

SKL ställer sig bakom utredningens förslag om en övergripande nationell reglering av primärvårdens grunduppdrag. Detta grunduppdrag måste dock vara brett förankrat och hållbart över tid för att kunna utgöra ett förtydligande för befolkningen avseende hur hälso- och sjukvårdens resurser förväntas disponeras och vad befolkningen kan förvänta sig av primärvården. SKL framhåller att detta kräver att primärvårdens grunduppdrag regleras i lag - inte i förordning.

Det är SKL:s mening att denna övergripande styrning, som kommer att inskränka det kommunala självstyret men som bedöms nödvändig ska ske genom lagstiftning. Förordningsreglering eller föreskrifter riskerar succesivt att få en ökad detaljeringsgrad och bli föremål för mer kortsiktiga förändringar. Nya åligganden, som detta, ska också som huvudregel regleras i lag.

Enligt författningskommentaren ska inget hindra att primärvårdens utformning anpassas efter lokala och regionala behov och det finns inget som hindrar att man på lokal eller regional nivå har tilläggsuppdrag i primärvården. Den nära vården måste kunna utvecklas utifrån lokala behov och förutsättningar vilket kan tydliggöras och understrykas ytterligare. SKL anser att möjligheten till lokal och regional anpassning med utgångspunkt i patienters och brukares behov och förutsättningar är avgörande för att förbundet ska kunna stå bakom ett nationellt grunduppdrag för primärvården.

Utredningens förslag: Nationellt primärvårdsuppdrag

Förbundets ställningstagande

SKL anser att det föreslagna nationella primärvårdsuppdragets innehåll har en rimligt övergripande nivå som tydliggör behovet av bred kompetens. Att utredningen understryker det förebyggande arbetet på så väl befolknings- som individnivå är mycket positivt och något SKL ställer sig bakom.

Det är också positivt att utredningen markerar att både landsting och kommuner är ansvariga för primärvården. Hur det delade ansvaret ska fungera i praktiken är dock inte belyst i detta delbetänkande och i delar av delbetänkandet är det svårt att avgöra om det är det övergripande uppdraget för både kommuner och landsting alternativt det mer avgränsade vårdval primärvård som avses i beskrivningarna. Detta bidrar till att utredningens intentioner kring vårdval primärvård samt vårdval primärvårds koppling till övrig primärvård inom så väl kommun som landsting och de eventuella kraven på ytterligare vårdval blir något svåra att tolka. Framför allt kommunernas roll inom primärvården blir i delbetänkandet otydlig. SKL förutsätter utifrån utredningens tilläggsdirektiv att samverkan mellan kommuner och landsting även avseende primärvårdens grunduppdrag kommer att belysas i slutbetänkandet.

SKL menar att de åtta punkterna som utgör utredningens förslag till förordningsreglerat nationellt primärvårdsuppdrag kan användas som bas för ett lagreglerat grunduppdrag för primärvården – punkt 4 och 5 avseende forskning och samordning kommenteras vidare nedan.

Utredningen ger förutom lag- och förordningsförslagen flera synpunkter på primärvårdens innehåll och arbetssätt, dessa kommer dock i form av rekommendationer till i första hand landstingen. Många av rekommendationerna och de beskrivna exemplen på välfungerande verksamheter och åtgärder är goda förebilder som kan nyttjas som inspiration i utvecklingen av nära vård. Det finns dock en risk med en så riklig mängd rekommendationer och det är att de ger sken av att utredningens är mer omfattande än de faktiska förslagen, något som utgör en kommunikativ utmaning inte minst i relation till vårdens och omsorgens anställda.

Utredningen avstyrker flera förslag från utredningen "Effektiv vård" (SOU 2016:2), bland dem förslaget om riktad primärvård och remisstvång till akutsjukvård. I SKL:s remissvar till "Effektiv vård" ställde sig förbundet bakom förslaget avseende en riktad primärvård, bejakandet av förslaget motiverades primärt med att SKL eftersträvar att målet uppnås utan ett egentligt ställningstagande avseende vägen dit. SKL bedömer att detta mål kan uppnås genom andra lösningar än genom en riktad primärvård varför detta förslag inte behöver utvecklas vidare, SKL ställer sig alltså bakom utredningens intention att inte gå vidare med detta specifika förslag. Utredningen avfärdar också förslaget om remisstvång till akutmottagningar, detta avstyrktes av SKL redan i remissvaret till "Effektiv vård".

Författningskommentaren avseende grunduppdraget beskriver indirekt hur landstingen ska organisera primärvårdens grunduppdrag och uppfattas som "lagstiftning via förarbeten". Av författningskommentaren framgår att för att primärvårdens grunduppdrag ska kunna fullgöras krävs flera olika legitimerade yrkesgrupper där ett stort antal yrkesgrupper listas medan andra som t.ex. logopeder lämnas därhän utan vidare analys. Enligt författningskommentaren ska landstingen genom organisatoriska åtgärder och kravställning i förfrågningsunderlag säkerställa att alla utförare i vårdval primärvård ensamma eller i samverkan med andra utförare, landstingsdriven verksamhet eller annan upphandlad verksamhet tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att utföraren ska fullgöra uppdraget. Denna författningskommentar är mycket detaljerad och riskerar att skapa en allt för långtgående praxis avseende kompetenser inom primärvården vilket i sin tur riskerar att

hämna utvecklingen av nära vård. Grunduppdraget, som SKL vill se reglerat i lag inte i förordning, bör fokusera på vad primärvården ska åstadkomma snarare än hur detta ska uppnås.

Utredningens förslag: Primärvårdens samordnande roll

Förbundets ställningstagande

Utredningen föreslår att en samordnande roll för primärvården regleras i 3a kap 1§ 5 punkten i Hälso- och sjukvårdsförordningen. SKL bejakar utredningens intention att primärvården ska samordna de processer där primärvården är delaktig. Införandet av den föreslagna regleringen ställer krav på en kulturförändring inom hälso- och sjukvården där primärvården ges möjlighet att påverka andra vårdverksamheter för att uppnå samordnad hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patientens behov och förutsättningar.

Oavsett om det är den fasta läkarkontakten eller en annan fast vårdkontakt inom primärvården som ska stå för den administrativa samordningen och koordinering av vårdprocesser som involverar primärvården krävs det ett reellt mandat och välförankrade arbetssätt för att samordning realistiskt ska kunna genomföras. Denna reglering indikerar en tydlig och positiv ambitionsnivåökning avseende samordningen av hela vårdkedjan.

För att kunna uppnå samordning krävs informationsdelning, utredningen konstaterar att informationsdelning är möjligt inom samma vårdgivare och lägger därför inga förslag till ny reglering. SKL menar att informationsdelningsfrågan är avgörande för att möjliggöra samordning, informationen måste kunna följa patienten/brukaren på ett ändamålsenligt sätt, där samtidigt patienten integritet beaktas, oavsett vårdgivare.

Utredningens förslag: Utbildning och forskning inom primärvårdens område

Förbundets ställningstagande

Forskningsuppdraget i primärvården stärks i det föreslagna nationella grunduppdraget 3a kap 1§ 5 punkten i Hälso- och sjukvårdsförordningen. SKL bejakar en förstärkning av primärvårdens forskningsuppdrag. SKL vill dock understryka att den föreslagna regleringen skulle innebära en inkongruens i relation till reglering av forskning inom övrig hälso- och sjukvård. SKL menar att det är rimligt att reglering avseende att forskning ska "bedrivas" inom ett område inte bara gäller primärvården utan även den specialiserade vården om denna reglering införs.

Förslagen avseende utbildning ligger inte inom det föreslagna grunduppdraget utan utgörs istället av en bedömning. Bedömningen avser utbildning på grundnivå och på avancerad nivå. Dessa begrepp syftar i allmänhet på utbildningar inom högskolans ram.

SKL instämmer i utredningens bedömning men menar att det bör förtydligas att kravet bör vara att utförarna bidrar till utbildning på alla nivåer som är relevanta för primärvårdens yrkesgrupper, det vill säga utbildningar på gymnasial nivå, inom yrkeshögskolan,

högskoleutbildningar samt vidareutbildningar av icke-legitimerad och legitimerad personal.

Utredningens förslag: Samverkan kring förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård

Förbundets ställningstagande

Landstingen arbetar redan idag med erfarenhetsutbyte genom SKL:s vårdvals nätverk något som bidrar till kunskapsspridning och lärande. Vidare samverkan kring förfrågningsunderlag kan ske på landstingens initiativ om detta bedöms gynna utvecklingen av vårdvalen och vara lämpligt utifrån landstingens egna processer.

Utredningens förslag: Vikten av kontinuitet och möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas

Förbundets ställningstagande

SKL vill understryka att goda relationer är ett bärande fundament för att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Det är därför positivt att utredningen, i syfte att öka jämlikheten i vården, förtydligar den befintliga lagstiftningen och det ansvar SKL:s medlemmar redan i dag har att tillhandahålla fast läkarkontakt i primärvården. I enlighet med utredningens förslag anser SKL att det är viktigt att patienten först väljer en helhet i form av en utförare inom primärvården därefter, om så önskas, en läkarkontakt som ska ses som en del i denna helhet. SKL vill därför markera att det är positivt att ingen lagändring föreslås avseende fast vårdkontakt.

Listningen hos utförare i primärvård har idag inte någon formell legal betydelse, en patient ska få samma möjligheter till vård oavsett listning. Listningen är dock avgörande för landstingens ersättningar till utförare inom vårdval. Att den fasta läkarkontakten i det föreslagna vårdval primärvård kopplas till valet av utförare i primärvården är en förändring som tydliggör utförarens roll och möjliggör ett mer strategiskt arbete för att utveckla kontinuitet och kvalitet – SKL bejakar detta resonemang. SKL:s tolkning utifrån kopplingen av fast läkarkontakt till valet är att utförare i det så kallade vårdval primärvård är att taxeläkare inte kan vara fast läkarkontakt – utredningens tilläggsdirektiv avseende nationella taxan välkomnas av SKL för att denna frågeställning ska tydliggöras ytterligare

Rollen som fast läkarkontakt är inte definierad eller reglerad till innehåll i utredningens förslag, utredningen för dock ett antal resonemang kring den fasta läkarkontaktens roll framför allt avseende samordning och informationsdelning. Det blir därmed oklart i vilken utsträckning rollen som fast läkarkontakt ska handla om ett lokalt arbetssätt eller vara en funktion som ska se likadan ut i hela landet. SKL menar att denna funktion i första hand lämpar sig för utveckling i en lokal kontext utifrån patienternas behov och förutsättningar. Frågan om roll kan också kopplas till frågan om kapacitet, utredningen föreslår att Socialstyrelsen bemyndigas att ta fram de bestämmelser om fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård. SKL menar att dessa bestämmelser också måste bli en garant för det samlade vårdteamets roll för att säkerställa en vård på bästa effektiva vårdnivå. Utredningen anser vidare att det inte är lämpligt att i författning ange ett exakt antal patienter

som en läkare kan vara fast läkarkontakt för eftersom det bör kunna variera beroende på flera olika kriterier. En sådan numerär reglering kan vara svår att anpassa till hälso- och sjukvårdens utveckling och framtida vårdbehov. SKL stödjer detta resonemang och menar vidare att så kallat listningstak i nationell reglering angivna som medeltal eller spann också riskerar att skapa förväntningar på individnivå som riskerar att inte kunna infrias. Utredningen understryker vidare att det är vårdgivaren som ansvarar för patientsäkerhet och kvalitet och att det bör vara verksamhetschefen som tillsammans med den enskilde läkaren, utifrån lokala förhållanden, reglerar uppdraget för den enskilde läkaren – detta resonemang bejakar SKL. Den enskilde läkarens åtagande bör kunna begränsas för att förväntningar, krav och kvalitet ska kunna hanteras. Detta bör dock ske i en lokal kontext med utgångspunkt i den individuella läkarens förutsättningar och verksamhetens behov, inte genom myndighetsreglering.

Att valet av fast läkarkontakt inte är tvingande för patienten utan utgör ett erbjudande samt att såväl ST-läkare i allmänmedicin som specialister inom andra breda generalistspecialiteter utöver specialister i allmänmedicin kan vara fasta läkarkontakter bedöms som nödvändiga förutsättningar ur personalförsörjningshänseende. Det är SKL:s tolkning att endast patienter som så önskar ska listas på läkare avsikten ter sig inte vara att passiv listning av hela befolkningen ska tillämpas, SKL anser att detta är en rimlig inställning.

Med förslaget om en förstärkning av fast läkarkontakt i primärvård kommer ett antal praktiska frågor som behöver klargöras för att den föreslagna nya regleringen av fast läkarkontakt ska kunna tillämpas snabbt och på ett välfungerande sätt:

Vad händer om patienten inte kan erbjudas listning i enlighet med sitt val? SKL önskar att författningen ger landstingen en skyldighet att i *möjligaste mån* tillgodose patientens val av fast läkarkontakt i vårdval primärvård, en formulering som denna skulle skapa utrymme att prioritera de tillgängliga personalresurserna utifrån behov, något SKL bedömer att det inte finns utrymme att göra med den befintliga lydelsen i förslaget. SKL ser inte heller att den befintliga lydelsen gör det möjligt att tillämpa väntelista till en specifik läkare något utredningen föreslår ska kunna göras och något som är nödvändigt om den enskildes uppdrag ska kunna begränsas. SKL vill betona att Patientlagen (2014:821) och Lagen (2008:962) om valfrihetssystem särskilt ska beaktas i utformningen av regleringen.

Utredningen föreslår att valet av fast läkarkontakt ska registreras i landstingens administrativa system för val av utförare i vårdval primärvård samt att informationen om patientens fasta läkarkontakt bör finnas tillgänglig i patientens journal samt exporteras till Nationella patientöversikten. SKL vill understryka att det är viktigt att administrationen kring fast läkarkontakt görs så enkel och ändamålsenlig som möjligt. Ett mer formellt förhållningssätt till funktionen fast läkarkontakt med registrering i vårdvalssystemet medför risk för ökad administration och konsekvenser för landstingens IT-system; listningssystem, journalsystem och koppling till nationella e-tjänster.

Avseende omlistning hos aktör inom vårdval primärvård föreslås detta utredas vidare inom utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08, 2018:40). Enligt förfrågan till SKL:s vårdvals nätverk ses inte omlistningar som ett stort problem, omfattningen är enligt landstingen förhållandevis liten och patienternas valfrihet anses viktigare.

Utredningens förslag: Fler ST-tjänster i allmänmedicin

Förbundets ställningstagande

SKL delar utredningens analys att antalet ST-läkare i allmänmedicin måste fortsätta att öka de kommande åren för att klara primärvårdens uppdrag och uppbyggnaden av den nära vården. Det är SKL bedömning att det idag finns mellan 2500 och 2700 ST-läkare i allmänmedicin i Sverige. Bedömningen grundar sig på att det i november 2017 fanns runt 1940 ST-läkare i allmänmedicin direkt anställda av regioner och landsting. Därtill tillkommer ST-läkare anställda hos privata utförare inom vårdvalet. Tidigare undersökningar från SKL och Sveriges läkarförbund visar att andelen privatanställda ST-läkare i allmänmedicin har legat konstant runt 25 procent mellan 2012 och 2016. Utredningen anger ca 2000 ST-läkare vilket innebär en underskattning enligt SKL:s bedömning

Förutom ST-läkare måste primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården också kunna ta emot läkarstudenter, AT-läkare och så småningom BT-läkare i större utsträckning än idag. Även kapaciteten för att utbilda och handleda i andra yrkesgrupper måste öka. Att snabbt bygga upp en betydligt större utbildningskapacitet för att säkerställa kompetensförsörjningen när uppdraget växer är en stor utmaning som kommer att innebära nya kostnader.

Staten kan dock inte direktfinansiera enskilda tjänster för ST-läkare, då dessa är tillsvidareanställningar som vårdgivarna som arbetsgivare ansvarar för, inrättar och rekryterar till. SKL avstyrker därför förslaget i dess nuvarande lydelse.

SKL förespråkar istället att staten stimulerar möjligheten till vidareutbildning och stödjer kompetensförsörjningen inom detta område. För att en satsning genom statsbidrag på ett effektivt sätt ska underlätta den nära vårdens kompetensförsörjning måste tillskjutna medel kunna användas bredare än det befintliga förslaget. Ett eventuellt statligt tillskott bör kunna nyttjas till fler ST-tjänster i geriatrik eller för utbildningstjänster för andra yrkesgrupper i primärvården. Satsningar måste även kunna komma kommunerna till del då både landstingens primärvård och kommunernas hälso- och sjukvård behöver bygga upp en större kapacitet att utbilda och handleda samtliga yrkesgrupper genom hela utbildningskedjan. En statlig satsning bör därför kunna användas utifrån de behov och förutsättningar som finns i landstingen och kommunerna.

Utredningens förslag: Hantering av intyg

Förbundets ställningstagande

SKL har beräknat att det utfärdas mellan fyra och fem miljoner intyg av hälso- och sjukvården till ett uppskattat värde motsvarar ungefär 3 miljoner timmar eller 12 miljoner standardbesök i primärvården. Omfattning av intygsskrivandet innebär att det är av yttersta vikt att behovet av varje intygförfrågan från en aktör är ordentligt prövad innan den ställs.

Dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation) innebär dessutom förändringar i kraven på vilka typer av intyg som används och vilken medicinsk information

som efterfrågas. SKL ställer sig därför bakom utredningens inriktning att ett myndighetsöverskridande arbete med syfte att samordna och begränsa kraven på intyg krävs. SKL anser att översynen av intyg bör ske i samverkan mellan stat, kommuner och landsting. Kommunernas och landstingens samordning kan ske via SKL men det krävs en tydlig samverkanspart från myndigheterna för att detta arbete ska kunna genomföras på ett effektivt sätt. SKL menar att staten bör ta detta samordningsansvar.

En fullt ut digitaliserad och samordnad intygsprocess mellan stat, landsting och kommun, samt en reglering som tydliggör att andra legitimerade vårdprofessioner än läkare, där så är rimligt, får rätt att utfärda vissa intyg skulle ge en nödvändig och positiv effektivisering.

Utredningens förslag: Signeringskrav

Förbundets ställningstagande

SKL tillstyrker den föreslagna ändringen i patientdatalagen. Ändringen innebär att utrymmet att underlåta signering utökas jämfört med tidigare reglering, avgörande för om signering behövs är uppgiftens betydelse för patientsäkerheten och vårdens kvalitet. Det ska även beaktas om vårdpersonal senare i vårdkedjan värdesätter att en viss uppgift kvalitetssäkras av den som är ansvarig för uppgiften, något som torde ge verksamhetschefen utrymme att anpassa signeringskravet efter den verksamhet som bedrivs. Det kan med den beskrivning som ges i författningskommentaren ifrågasättas om elektroniska journaler över huvud taget behöver signeras då alla uppgifter i digitala journalsystem är spårbara till den användare som antingen själv lagt in uppgifter eller bestämt att de ska tillföras en journal. Ett tydliggörande avseende denna tolkning skulle underlätta tillämpningen av den föreslagna lagändringen.

Utredningens konsekvensanalys

Förbundets ställningstagande

Avseende primärvårdens grunduppdrag beskriver utredningen den föreslagna förordningen som ett förtydligande av nuvarande reglering. Det är dock SKL:s bedömning att delar av den föreslagna förordningen är att betrakta som en viktig ambitionshöjning jämfört med den nuvarande, betydligt mindre detaljerade, reglering i HSL. Som exempel kan nämnas både 3 a kap.1 *bedriver forskning* och punkt 5 i samma paragraf *samordnar patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård*. En konsekvensutredning som visar kostnadsmässiga och andra konsekvenser denna reglering skulle medföra behöva göras. Det samma gäller fast läkarkontakt där utredningen också beskriver en mycket viktig ambitionsnivåhöjning. Mot bakgrund av detta uppfattar SKL inte att utredningens bedömning lever upp till de krav som ställs i kommittéförordningen på kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar (Kommittéförordningen §14 och §15) avseende utredningens specifika förslag.

Utredningen beskriver att den i slutbetänkandet kommer att redovisa ekonomiska konsekvenser av förslag som kan förutses påverka omfördelningen av resurser mellan dagens vårdformer. Att den mer genomgripande ekonomiska analysen ska presenteras först i slutbetänkandet 2020 försvårar möjligheten att bedöma de ekonomiska konsekvenserna av de

förslag som utredningen presenterar i detta delbetänkande. SKL menar att denna analys behövs för att en adekvat bedömning avseende finansieringsprincipens tillämpbarhet ska kunna göras.

SKL önskar specifikt en fördjupad analys av de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna då vården i allt större utsträckning flyttar hem.

Det är också önskvärt med en djupare analys avseende hur förslagen, där ibland fast läkarkontakt, långsiktigt kan leda till minskade kostnader då behovet av förbättrad resursanvändning är en bevekelsegrund för omställningen till nära vård.

Anhöriga fyller en viktig roll för många äldre och andra som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning behöver olika former av stöd och omsorg. Var femte person gav vård, hjälp och stöd till en närstående enligt Socialstyrelsens befolkningsstudie 2011. Anhörigvård är vanligare bland lägre inkomstgrupper och bland kvinnor. En stärkt primärvård med en personcentrerad vård och omsorg i nära samarbete mellan olika vård- och omsorgsgivare kan underlätta och öka tryggheten både för patienten/brukaren som dennes anhöriga. Samtidigt kan en ökad förflyttning av mer vård till hemmet innebära ökad belastning på partner/anhöriga samt ett ytterligare ökat koordineringsansvar. SKL anser det därför viktigt att lyfta fram och belysa konsekvenserna för anhöriga både ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande